

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

N o. _____

利用者名 _____ 殿

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援 1 ・要支援 2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） _____ 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1 日		1 年	
-----	--	-----	--

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目 標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家 族の支援、インフォーマル サービス（民間サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
（運動・移動について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（日常生活（家庭生活）につ いて）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・コミ ュニケーションについて）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（健康管理について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこも り予防	物忘れ 予防	うつ 予防
予防給付または 地域支援事業	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

地域包括支援センター 意見	
------------------	--

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日